Tendances de l'emploi chez les infirmières

Wendy Pyper

Les infirmières constituent la plus importante proportion de travailleurs de la santé au Canada. Que ce soit dans les hôpitaux, les maisons ou établissements de soins infirmiers, elles font partie intégrante du régime de soins de santé, qui concerne tous les Canadiens. Or, une pression croissante s'exerce aujourd'hui sur elles, leurs employeurs étant aux prises avec des ressources limitées pour offrir des soins aux patients. Plusieurs facteurs sont en cause : une main-d'œuvre vieillissante qui approche rapidement de l'âge de la retraite, une diminution du nombre d'inscriptions aux programmes de sciences infirmières dans les années 1990 et des compressions budgétaires qui ont favorisé le recours accru à des travailleurs non réglementés et peu rémunérés (AHC, 1995; AIIAC, 1999; AIIAO, 1996). Résultat : un plus petit ratio entre le nombre d'infirmières membres d'une profession réglementée et la population, ainsi qu'un personnel infirmier épuisé et surmené (Baumann et coll., 2001).

À l'aide des données de l'Enquête sur la population active (EPA) et de l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR), le présent article traite de la répartition professionnelle changeante des travailleurs du secteur des soins de santé. Il porte sur les tendances de l'emploi de 1987 à 2003 pour les membres des deux professions infirmières réglementées, soit les infirmières diplômées (ID) et les infirmières auxiliaires diplômées (IAD)[1], et permet de les comparer aux tendances concernant le groupe non réglementé des aides et auxiliaires médicales (AAM). L'EDTR permet notamment de recueillir des données sur les répondants pendant plusieurs années (voir *Sources des données et définitions*).

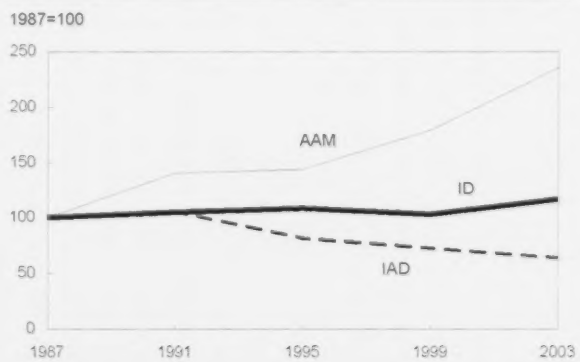
Wendy Pyper est au service de la Division de l'analyse des enquêtes auprès des ménages et sur le travail. On peut la joindre au (613) 951-0381 ou à perspective@statcan.ca.

Tendances de l'emploi différentes pour les professions infirmières réglementées

De 1987 à 2003, le nombre d'ID occupées a augmenté de 17 %, atteignant 259 800 en 2003 (graphique A)[3]. Quant aux IAD occupées, leur nombre a été passablement stable jusqu'au milieu des années 1990, mais il a chuté considérablement à la fin de cette décennie et au début du présent siècle. En fait, ce nombre a diminué de presque 40 % au cours de la période visée, pour se situer à 49 100. Il s'agit d'un contraste marqué par rapport aux AAM non réglementées, dont l'emploi, qui a plus que doublé, a crû de façon soutenue et substantielle, s'établissant à 188 800. Cette croissance était beaucoup plus importante que celle de l'emploi en général, qui se chiffrait à 28 %.

Un facteur pouvant expliquer le nombre stagnant d'infirmières est le nombre d'inscriptions aux programmes de sciences infirmières, qui est passé de presque 40 000 en 1990-1991 à 28 800 en 1998-1999 (Galarneau, 2003)[4].

Graphique A : L'emploi a plus que doublé entre 1987 et 2003 chez les aides et auxiliaires médicales.



Source : Enquête sur la population active

Sources des données et définitions

Menée chaque mois auprès de ménages, l'**Enquête sur la population active** (EPA) permet de réunir des renseignements sur le marché du travail et les caractéristiques démographiques concernant la population civile de 15 ans et plus, en excluant les pensionnaires d'un établissement institutionnel. Les données transversales utilisées dans le présent article proviennent de l'EPA.

L'**Enquête sur la dynamique du travail et du revenu** (EDTR) fournit quant à elle les données longitudinales. Amorcée en 1993, l'EDTR suit les mêmes personnes pendant six ans. Un nouveau panel de 15 000 ménages s'ajoute tous les trois ans, ce qui représente environ 30 000 personnes âgées de 16 à 69 ans. Les répondants remplissent deux questionnaires détaillés chaque année. Afin d'obtenir un échantillon plus vaste aux fins de la présente étude, deux panels ont été regroupés entre 1999 et 2001, période la plus récente pour laquelle des données sont disponibles. La personne qui a occupé un ou des emplois pendant une année seulement au cours de la période de 1999 à 2001 était retirée de l'échantillon. Il y a trois possibilités concernant les emplois occupés : le travailleur pouvait occuper un seul emploi durant cette période de trois ans; il pouvait occuper plus d'un emploi, mais jamais plus d'un à la fois (il pouvait changer de travail sans jamais que les emplois se chevauchent); ou il pouvait avoir plus d'un emploi en même temps (personne cumulant des emplois). Seuls les deux premiers types de travailleurs (ceux n'ayant qu'un seul emploi à la fois) sont compris dans les sections portant sur les personnes travaillant à temps plein et à temps partiel. Dans les autres sections de l'analyse longitudinale, tous les types de travailleurs sont pris en considération (ceux n'ayant qu'un emploi et ceux cumulant des emplois). Les caractéristiques de l'emploi principal ont, dans cet article, été choisies dans le cas des travailleurs occupant plus d'un emploi en même temps.

Le mot **infirmière** renvoie à proprement parler aux infirmières diplômées. Cependant, dans cette étude, il désigne les infirmières diplômées (ID) ou les infirmières auxiliaires diplômées (IAD)[2]. Les ID (qui comprennent les infirmières en chef et les superviseures) doivent tout d'abord suivre un programme d'études dans un collège communautaire (ou cégep) ou une université, puis passer un examen national et devenir membres d'une association. Les exigences scolaires pour les IAD sont différentes selon la province. Ces dernières doivent passer un examen national après leur formation. En règle générale, les IAD travaillent sous la supervision des ID.

Un troisième groupe non réglementé existe en plus de ces deux professions infirmières réglementées : les aides et auxiliaires médicales (AAM). En général, ce groupe, qui travaille conjointement avec les membres des deux professions infirmières réglementées, comprend les aides-infirmières, les préposées aux soins prolongés, les préposées aux soins personnels et les préposées aux soins infirmiers (voir *Prestateurs de soins aux patients en Ontario* pour avoir un exemple des différences). Bien que les AAM ne répondent pas aux mêmes exigences scolaires que les membres des deux professions infirmières, elles constituent tout de même un important élément du régime de soins offerts directement aux patients, particulièrement dans les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes ainsi qu'à domicile. Elles sont donc comprises dans cette étude à des fins comparatives.

Plus de 80 % des emplois dans ces groupes professionnels étaient occupés par des femmes en 2003. Le pourcentage s'établissait à 93 % pour les ID et les IAD, et à 89 % pour les AAM (données non fournies).

Absences du travail (voir Akyeampong, 2002, pour plus de précisions)

Fréquence de l'absence : pourcentage d'employés à temps plein déclarant une absence au cours de la semaine de référence.

Journées perdues par travailleur : nombre d'heures perdues exprimé en proportion des heures hebdomadaires habituelles de travail de tous les employés à temps plein multiplié par le nombre estimatif de jours de travail dans l'année (250).

Groupes professionnels
D112 Infirmières diplômées + D111 Infirmières en chef et superviseures
D233 Infirmières auxiliaires autorisées
D312 Aides et auxiliaires médicales

Catégories des branches d'activité
Secteur des soins de santé :
- Hôpitaux
  - Hôpitaux généraux et hôpitaux de soins chirurgicaux
  - Hôpitaux psychiatriques et hôpitaux pour alcooliques et toxicomanes
  - Hôpitaux spécialisés (sauf psychiatriques et pour alcooliques et toxicomanes)
- Établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes
  - Établissements de soins infirmiers
  - Établissements résidentiels pour handicaps liés au développement, de troubles mentaux, d'alcoolisme et de toxicomanie
  - Établissements communautaires de soins pour personnes âgées
  - Autres établissements de soins pour bénéficiaires internes
- Services de soins de santé à domicile
- Autres services de soins ambulatoires
  - Cabinets de médecins
  - Cabinets de dentistes
  - Cabinets d'autres praticiens
  - Centres de soins ambulatoires
  - Laboratoires médicaux et d'analyses diagnostiques
  - Autres services de soins ambulatoires

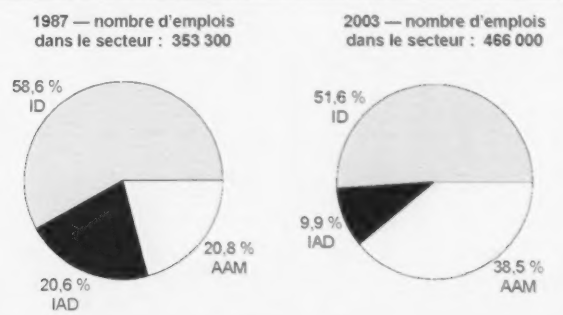
L'immigration constitue une autre source possible de recrutement d'infirmières. Cependant, cela ne semble pas être un facteur important en ce qui concerne les ID ou les IAD. En 2002, 7 % des ID occupées étaient des diplômées d'un programme de sciences infirmières étranger, pourcentage demeuré à peu près constant de 1998 à 2002 (ICIS, 2003a)[5]. En outre, seulement 2 % des IAD (excluant le Québec, pour lequel les données n'étaient pas disponibles) avaient fait leurs études à l'étranger (ICIS, 2003b). Dans l'ensemble, l'arrivée d'infirmières de l'extérieur du Canada semble être de faible importance[6].

La diminution de l'effectif infirmier s'est accompagnée d'une croissance de la population du Canada, ce qui s'est soldé par une chute du ratio d'infirmières par habitant. Tandis que la tendance était généralement à la baisse chez les ID, le déclin était plus prononcé pour les IAD, leur ratio passant de 291 à 155 pour 100 000 personnes de 1987 à 2003. Au cours de la même période, le ratio des AAM a pratiquement doublé, passant de 300 à environ 600 pour 100 000 habitants.

Le profil changeant des soins aux patients

Les ID et les IAD ont toujours été les principales dispensatrices de soins aux patients. Toutefois, il semble qu'un des moyens mis en œuvre pour réduire les coûts depuis la fin des années 1980 ait été d'avoir davantage recours à des AAM non réglementées pour offrir des soins aux patients (AHC, 1995; AHAC, 1999; AHAO, 1996)[7]. En 1987, 21 % de l'effectif affecté aux soins aux patients[8] était des AAM non réglementées (graphique B), et ce pourcentage a grimpé à 39 % en 2003. Au cours de la même période, les pourcentages d'IAD et d'ID sont respectivement passés de 21 % à 10 % et de 59 % à 52 %. Même si la main-d'œuvre infirmière réglementée demeure prédominante, il est de plus en plus fréquent de rencontrer des AAM non réglementées et mal rémunérées comme dispensatrices de soins.

Graphique B : La part qu'occupent les aides et auxiliaires médicales dans le secteur des soins de santé s'accroît.



Source : Enquête sur la population active

Tableau 1 : Effectif dispensant des soins aux patients selon la branche d'activité

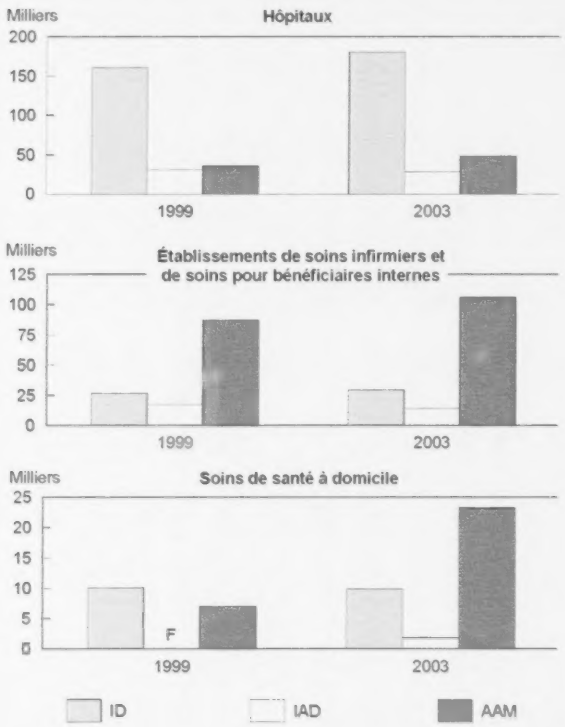
	1987	1991	1995	1999	2003
			%		
Soins de santé	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Hôpitaux	71	68	61	57	55
Établissements de soins infirmiers	22	26	32	33	32
Soins à domicile	2	1	2	5	7
Autres soins ambulatoires	5	4	5	5	5

Source : Enquête sur la population active

Les infirmières et les AAM non réglementées œuvrent dans différentes branches d'activité du secteur des soins de santé[9]. On imagine le plus souvent les infirmières travaillant dans des hôpitaux, même si ce sont ces établissements qui ont connu la plus petite croissance de l'emploi entre 1987 et 2003 alors que cette croissance a été considérable ailleurs. En 1987, 71 % de l'effectif dispensant des soins aux patients œuvrait dans des hôpitaux. Ce pourcentage a beaucoup fléchi en 2003 et s'établissait à 55 % (tableau 1). Bien que, dans l'ensemble, l'emploi dans le secteur des soins de santé ait connu une hausse de 32 % pendant la période visée, la croissance pour ce qui est des trois professions liées aux soins aux patients dans les hôpitaux n'a été que de 3 %. Peu de changements sont survenus quant à la répartition professionnelle dans les hôpitaux de 1999 à 2003, plus des deux tiers de l'effectif étant des ID (graphique C)[10].

Les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes venaient au second rang des endroits où travaillaient le plus souvent les infirmières. On y employait en effet 32 % de l'effectif dispensant des soins aux patients en 2003, en hausse par rapport à 22 % en 1987. L'emploi lié aux soins aux patients a crû et continuera vraisemblablement à progresser dans ces établissements au fur et à mesure que la population vieillit. La légère augmentation de la proportion

Graphique C : La répartition professionnelle varie selon la branche d'activité.



Source : Enquête sur la population active

d'AAM (passant de 66 % en 1999 à 71 % en 2003) dans ce milieu est attribuable à deux facteurs. Premièrement, l'emploi a grimpé plus rapidement chez les AAM que chez les ID. Deuxièmement, le nombre d'IAD a diminué.

Dans le domaine des soins de santé à domicile, l'emploi a connu d'importants changements depuis la fin des années 1990. Même si l'emploi s'est accru de façon marquée chez la main-d'œuvre infirmière et les AAM, cette branche d'activité est encore très petite et n'employait que 7 % de ces personnes en 2003. Toutefois, la part relative des AAM a énormément augmenté, représentant les deux tiers de l'effectif offrant des soins aux patients en 2003 par rapport à 38 % en 1999.

Vieillissement de la main-d'œuvre infirmière

Le vieillissement de la main-d'œuvre infirmière réglementée fait souvent l'objet de discussions. Compte tenu du nombre croissant d'ID approchant de l'âge habituel de la retraite, l'Institut canadien d'information sur la santé prévoit que le Canada pourrait perdre jusqu'à 13 % de son effectif d'ID de 2001 d'ici 2006 (O'Brien-Pallas, Alksnis et Wang, 2003). La situation est à peu près la même pour les IAD. En supposant que ces dernières prennent leur retraite à 55 ans, plus de la moitié d'entre elles pourraient y être admissibles d'ici 2012 (ICIS, 2003b).

En effet, les données de l'Enquête sur la population active montrent une hausse considérable de la proportion d'ID âgées de 50 ans ou plus, leur taux ayant doublé pour passer de 15 % en 1987 à 30 % en 2003. Une augmentation semblable est survenue chez les IAD. Au cours de la dernière décennie, de nombreuses nouvelles diplômées n'ont pu trouver de travail à temps plein puisque des infirmières plus âgées et ayant plus d'ancienneté ont obtenu des postes dans leur domaine ou les ont gardés. De jeunes infirmières ont donc quitté le Canada ou se sont même tournées vers une tout autre profession (CCCSI, 2002). La diminution du nombre d'inscriptions aux programmes de sciences infirmières et la proportion croissante de travailleuses approchant de l'âge de la retraite soulèvent de réelles préoccupations quant à savoir s'il y aura suffisamment de jeunes infirmières pour remplacer celles qui prendront leur retraite.

Les AAM ont connu une augmentation légèrement inférieure de leur pourcentage de travailleuses âgées. En 1987, 18 % d'entre elles avaient 50 ans ou plus, comparativement à 28 % en 2003. Ce groupe fait également face à d'éventuelles pénuries en raison du vieillissement de son effectif. Compte tenu du vieillissement de la population en général et des exigences que cela implique pour le régime de soins de santé, des pénuries pourraient fort bien survenir chez la main-d'œuvre infirmière ainsi que dans les professions connexes, particulièrement si cette tendance se maintient[11].

Hausse du niveau de scolarité

Les exigences scolaires auxquelles doivent répondre les ID ont évolué au cours des dernières décennies. Au début des années 1990, ces dernières devaient suivre un cours de trois ans en techniques infirmières dans un collège communautaire (ou cégep) ou obtenir un baccalauréat d'une durée de quatre ans dans une université. À la fin de la décennie, la plupart des provinces

Tableau 2 : Niveaux de scolarité

	1990	1997	2003
Ensemble des professions		%	
Sans diplôme d'études secondaires	26,8	18,5	15,0
Diplôme d'études secondaires	22,8	20,5	20,3
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	36,0	42,5	43,8
Grade universitaire	14,4	18,5	20,9
Infirmières diplômées			
Sans diplôme d'études secondaires	1,8	F	F
Diplôme d'études secondaires	3,3	2,0	1,6
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	79,4	77,0	72,1
Baccalauréat	14,1	17,7	22,1
Maîtrise	1,4	2,8	3,9
Infirmières auxiliaires diplômées			
Sans diplôme d'études secondaires	5,3	F	F
Diplôme d'études secondaires	7,3	5,8	7,3
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	84,7	86,3	87,2
Grade universitaire	2,9	6,0	4,7
Aides et auxiliaires médicales			
Sans diplôme d'études secondaires	27,4	15,8	12,6
Diplôme d'études secondaires	19,6	16,0	18,2
Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	49,1	62,0	63,2
Grade universitaire	3,7	6,2	5,9

Source : Enquête sur la population active

annonçaient que le baccalauréat d'une durée de quatre ans serait dorénavant l'exigence minimale (ICIS, 2003a). Les données de l'EPA illustrent bien ce changement. En 1990, 16 % des ID étaient titulaires d'un grade universitaire (baccalauréat ou maîtrise) par rapport à 26 % en 2003 (tableau 2). L'augmentation s'observe non seulement au niveau du baccalauréat mais aussi au niveau de la maîtrise, passant de 1,4 % en 1990 à 3,9 % en 2003. Les exigences scolaires ont également changé pour les IAD, la formation étant maintenant offerte dans les établissements d'enseignement postsecondaire plutôt que dans les hôpitaux (ICIS, 2003b). Les données de l'EPA révèlent certains changements se rapportant au niveau de scolarité des IAD, mais ces changements sont moins importants que ceux qui touchent les ID.

Deux tendances se dégagent concernant les AAM. Premièrement, un plus petit nombre d'entre elles sont moins instruites, la proportion ayant un diplôme d'études secondaires ou moins étant passée de 47 % en 1990 à 31 % en 2003. Parallèlement, la proportion d'entre elles ayant un grade universitaire a légèrement augmenté (passant de 4 % en 1990 à 6 % en 2003). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces tendances, y compris la structure par âge et l'immigration.

Taux de chômage très faible chez les infirmières

En raison de la diminution du nombre d'inscriptions aux programmes menant au titre d'ID (et seulement de petites augmentations dans le cas des IAD), du faible nombre d'infirmières immigrantes ainsi que du vieillissement de l'effectif, on pourrait s'attendre au plein emploi. En fait, le taux de chômage des ID était extrêmement faible par rapport à celui de la main-d'œuvre en général, qui s'établissait à 7,6 % (tableau 3). Après avoir atteint un sommet en 1992 à 2,4 %, le taux de chômage des ID a reculé de façon presque constante. Ce taux était légèrement supérieur pour les AAM, soit 2,7 % en 2003, mais il se situait encore bien en dessous du taux de chômage général.

Une majorité à temps plein, mais plusieurs à temps partiel

Si les données de l'EPA permettent d'obtenir des instantanés périodiques, celles de l'EDTR brossent pour leur part un tableau longitudinal révélant que plus de

Tableau 3 : Taux de chômage, d'emploi à temps partiel et d'emploi à temps partiel par choix

	1987	1995	2003
Taux de chômage		%	
Ensemble des professions	**8,8**	**9,4**	**7,6**
ID	1,7	2,1	F
IAD	1,9	3,0	F
AAM	4,0	3,0	2,7
Taux d'emploi à temps partiel			
Ensemble des professions	**16,8**	**18,9**	**18,8**
ID	30,6	33,0	28,9
IAD	32,3	34,4	29,1
AAM	30,6	31,7	33,6

	1997	2000	2003
Emploi à temps partiel par choix		%	
Ensemble des professions	**69**	**75**	**72**
ID	67	81	82
IAD	55	69	64
AAM	49	59	54

Source : Enquête sur la population active

60 % des personnes qui avaient un emploi (un seul à la fois) dans le domaine des soins aux patients pendant au moins deux années entre 1999 et 2001 travaillaient à temps plein chaque année (tableau 4). Cette constatation est valable pour les professions réglementées et non réglementées. Environ 65 % des ID et 67 % des IAD avaient toujours un emploi à temps plein contre 63 % des AAM. Cependant, ces pourcentages sont nettement inférieurs à la proportion globale, qui s'établissait à près de 8 travailleurs sur 10.

Le groupe des ID de même que celui des IAD affichent des taux très élevés de travail à temps partiel par rapport à la population active en général (ICIS, 2003a). Chez les ID, le taux tournait autour de 30 % pour la période de 1987 à 2003. Chez les IAD, il oscillait entre 29 % et 36 % et, pour les AAM, entre 31 % et 36 % (tableau 3). À titre de comparaison, le taux de travail à temps partiel pour l'ensemble des professions n'était que de 19 % en 2003. Le taux élevé de travail à temps partiel dans le cas de la profession infirmière est attribuable à tout le moins en partie au fort pourcentage de femmes qui y œuvrent. Longitudinalement, 15 % des ID travaillaient à temps partiel chaque année au cours de laquelle elles occupaient un emploi entre 1999 et 2001 (tableau 4), ce qui dénote une certaine stabilité dans leurs conditions de travail.

Temps partiel par choix

Entre 1987 et 2003, environ 30 % des ID et des IAD travaillaient à temps partiel. Y avait-il pénurie de postes à temps plein ou travaillaient-elles à temps partiel par choix? L'EPA, dans laquelle on demande aux travailleurs à temps partiel si ce choix est le leur, révèle un taux de travail à temps partiel volontaire de 82 % chez les ID en 2003, ce qui est bien au-dessus du taux global de 72 % (tableau 3)[12].

Le taux a quelque peu varié au fil des ans, passant de 67 % en 1997 à 81 % en 2000 chez les ID et demeurant passablement stable jusqu'en 2003. Une augmentation semblable a été observée chez les IAD. Leur taux est passé de 55 % en 1997 à 69 % en 2000, a légèrement fluctué après 2000 et s'est établi à 64 % en 2003. Par comparaison, la proportion d'AAM qui ont choisi de travailler à temps partiel est passée de 49 % à 54 % pendant la même période. Une raison expliquant la proportion relativement faible d'AAM choisissant de travailler à temps partiel pouvait être leurs gains moins élevés, rendant le travail à temps partiel peut-être moins intéressant.

Les données longitudinales de l'EDTR montrent que plusieurs travailleuses dans ces professions choisissent invariablement le travail à temps partiel. Presque 8 ID sur 10 qui travaillaient à temps partiel entre 1999 et 2001 le faisaient toujours par choix. Chez les IAD, cette proportion s'établissait à 6 sur 10 (tableau 4).

Les infirmières qui occupent un emploi principal à temps partiel ont-elles un autre emploi? Seulement 7 % de toutes les travailleuses à temps partiel avaient plus d'un emploi à la fois en 1987, taux qui a légèrement grimpé en 2003. En 2003, 12 % des ID qui tenaient un emploi principal à temps partiel occupaient plus d'un emploi, ce qui représente une légère hausse par rapport à 9 % en 1987. Une tendance semblable s'observait chez les IAD. Le taux de cumul d'emplois chez les AAM a également crû, passant de 8 % en 1987 à 13 % en 2003. Ainsi, bien que 40 % des AAM travaillaient involontairement à temps partiel, seulement 13 % de celles qui travaillaient à temps partiel à leur emploi principal occupaient un autre emploi en même temps en 2003.

Tableau 4 : Régimes de travail, 1999 à 2001

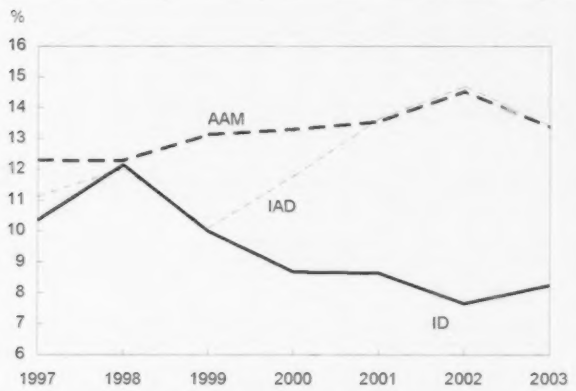
	Ensemble des professions	ID	IAD	AAM
		%		
À temps plein chaque année	**78**	65	67	63
À temps plein et à temps partiel	**12**	20	16[E]	21
À temps partiel chaque année	**10**	15	17[E]	16[E]
Travaillant à temps partiel				
Le faisaient par choix chaque année	**74**	77	59[E]	67

Source : Enquête sur la dynamique du travail et du revenu
Nota : Exclut les travailleurs occupant plus d'un emploi.

Les tendances liées aux emplois temporaires ne sont pas les mêmes pour les ID et les IAD

La permanence constitue un indicateur de la stabilité et de la qualité des emplois. Contrairement à un emploi permanent, un emploi temporaire se termine à une date fixée à l'avance ou à la fin d'un projet ou d'un contrat. Ce type d'emploi est généralement moins stable. En 1997, la proportion d'ID occupant des emplois temporaires s'établissait à 10 %. Ce taux a atteint un sommet en 1998, soit 12 %, puis a chuté à 8 % en 2003 (graphique D). La tendance était semblable pour les IAD entre 1997 et 1999, mais elle s'est par la suite écartée de celle des ID puisque la proportion d'IAD occupant des emplois temporaires a atteint 13 % en 2003. Un plus grand nombre d'IAD et un plus petit nombre d'ID sont maintenant plongées dans l'incertitude associée aux emplois temporaires. Même si les AAM affichaient un taux plus élevé concernant le travail temporaire, ce taux n'a augmenté que légèrement pendant la période visée.

Graphique D : Les tendances liées aux emplois temporaires ne sont pas les mêmes pour les ID et les IAD.



Source : Enquête sur la population active

Un emploi temporaire pendant une courte période est une chose complètement différente d'un emploi temporaire année après année[13]. Dans le cas des ID ayant un emploi rémunéré (y compris celles cumulant des emplois) pendant au moins deux années entre 1999 et 2001, 78 % occupaient des emplois permanents chaque année (tableau 5). Le taux se situait à 83 % chez les IAD, alors qu'il était de 72 % chez les AAM.

Les salaires et avantages sociaux diffèrent

Compte tenu des différentes responsabilités et exigences scolaires, il n'est pas surprenant de constater que les gains horaires moyens diffèrent grandement entre les deux professions infirmières réglementées. En 2003, les ID gagnaient en moyenne un peu plus de 26 $ l'heure, soit un taux de 40 % supérieur à celui des IAD (presque 19 $) [tableau 6]. À titre de comparaison, les AAM, moins scolarisées et ne faisant pas partie d'un groupe réglementé, touchaient moins de 15 $. En termes réels, au cours de la période de 1997 à 2003, les gains horaires des ID ont augmenté d'environ 2 $ (approximativement 9 %), un scénario très différent de celui des IAD, dont les gains horaires ont diminué, et de celui des AAM, dont les gains sont demeurés relativement stables.

Les avantages sociaux, comme les régimes d'assurance et de retraite parrainés par l'employeur, constituent d'autres indicateurs de la qualité des emplois (Marshall, 2003). Les deux tiers des ID et des IAD qui

Tableau 5 : Avantages sociaux, 1999 à 2001

	Ensemble des professions	ID	IAD	AAM
		%		
Emploi permanent chaque année	**72**	78	83	72
Régime d'assurance				
Chaque année	**51**	69	68	51
Certaines années	**22**	22	22[E]	25
Jamais	**27**	9	10[E]	24
Régime de retraite				
Chaque année	**31**	65	61	43
Certaines années	**25**	23	20[E]	27
Jamais	**44**	12	19[E]	30
Très stressés ou plutôt stressés chaque année	**51**	67	60	48

Source : Enquête sur la dynamique du travail et du revenu
Nota : Comprend les personnes occupant plus d'un emploi; on se sert des données concernant l'emploi principal lorsqu'il y a cumul d'emplois.

Prestateurs de soins aux patients en Ontario

	ID et IAD	Prestateurs de soins non réglementés
Description	Régies par la *Loi sur les professions de la santé réglementées*.	Aucune loi ne les régit. Ils n'ont pas à répondre de leurs actes devant un ordre, un conseil ou un établissement.
Rôle	« L'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier consiste à promouvoir la santé ainsi qu'à évaluer, à soigner et à traiter les affections par des moyens préventifs, thérapeutiques, palliatifs, rééducatifs et de soutien en vue de permettre le rétablissement ou le maintien du fonctionnement optimal de l'organisme » (*Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*). Autorisées à accomplir des actes prescrits, comme des injections.	Fournir des services sous la supervision d'une ID, d'une IAD, du client, d'un membre de la famille, de l'employeur ou d'un autre professionnel de la santé réglementé. Participer aux activités routinières qui font partie du plan de traitement. Interdiction de pratiquer un acte autorisé, sauf si le pouvoir leur a été délégué par un membre d'une profession de la santé réglementée.
Exigences scolaires	Diplôme d'un programme reconnu en sciences infirmières. Réussir l'examen professionnel national.	Aucune exigence minimale. La formation reçue peut être par l'entremise d'un stage en milieu de travail ou d'un programme offert dans un collège communautaire ou un établissement privé.
Responsabilités	Responsables devant les clients, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'employeur.	Responsables devant l'employeur. Aucun organisme de l'extérieur ne régit leur travail. Il n'existe pas d'organisme de réglementation pour fixer des normes ou contrôler la qualité du service.

Source : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Le recours aux PSNR, *2004*.

avaient des emplois rémunérés entre 1999 et 2001 avaient aussi un régime d'assurance pendant toutes les années en question (tableau 5). Cette proportion était beaucoup plus élevée que dans l'ensemble de la population occupée et dans le groupe non réglementé des AAM, où elle se situait dans les deux cas à 51 %. De même, plus de 60 % des infirmières membres d'un groupe réglementé profitaient d'un régime de retraite, une proportion beaucoup plus forte que pour l'ensemble des travailleurs. Un pourcentage relativement faible d'ID n'avaient pas de régime d'assurance ou de retraite. Cela est vraisemblablement attribuable aux différents taux de syndicalisation, qui, lorsque élevés, sont généralement associés à des niveaux supérieurs d'avantages sociaux (Marshall, 2003). En fait, le taux de syndicalisation des ID et des IAD, qui atteint 80 %, est considérablement plus élevé que celui de la main-d'œuvre en général. Toutefois, l'appartenance à un syndicat ne semble pas être un gage de protection puisque les AAM, dont le taux de syndicalisation est passablement élevé (presque 70 %),

Tableau 6 : Gains horaires moyens

	1997	2003
	$	
Ensemble des professions	**17,69**	**18,06**
ID	23,97	26,13
IAD	19,00	18,89
AAM	14,44	14,60

Source : Enquête sur la population active
Nota : En dollars constants de 2003, seulement dans le cas des employés occupés.

étaient moins susceptibles de profiter d'avantages sociaux (seulement 51 % d'entre elles en ont profité au cours des trois années). Le travail temporaire, qui affiche un niveau relativement élevé dans ce groupe, pourrait expliquer cela.

Les infirmières sont constamment plus stressées et s'absentent plus souvent

Le stress peut affecter le bien-être physique et psychologique. Bien qu'un certain niveau de stress soit inévitable, des études ont démontré qu'il est lié à la détresse psychologique et à des problèmes de santé, particulièrement à long terme (Shields, 2004; Wilkins et Beaudet, 1998). La moitié de tous les travailleurs ont déclaré se sentir très stressés ou plutôt stressés chaque année au cours de la période de 1999 à 2001[14]. Bien que ce taux semble assez élevé, il l'est encore plus chez les membres des professions infirmières réglementées. Les deux tiers des ID ont déclaré être très stressées ou plutôt stressées chaque année entre 1999 et 2001, soit une proportion légèrement plus élevée que celle des IAD. Chez les AAM, la proportion était à peu près la même que dans la population active en général.

Les absences du travail constituent un autre indicateur du bien-être professionnel (tableau 7). En 2003, 10 % des ID travaillant à temps plein ont déclaré une absence du travail, un taux un peu plus élevé que celui de tous les travailleurs à temps plein (7 %)[15]. Toutefois, les AAM étaient encore plus susceptibles de s'absenter (12 % en 2003). La vaste majorité de ces journées d'absence étaient attribuables à la maladie ou à l'incapacité (données non fournies), ce qui n'est pas surprenant en raison d'une présence

Tableau 7 : Taux d'absentéisme et jours perdus

	1997	2003
Taux d'absentéisme	%	
Ensemble des professions	**5,5**	**7,3**
ID	9,0	9,8
IAD	10,3	11,0
AAM	10,2	11,9
Jours perdus	Jours	
Ensemble des professions	**7,4**	**9,1**
ID	16,3	15,4
IAD	16,8	17,6
AAM	18,4	18,6

Source : Enquête sur la population active
Nota : Employés à temps plein, sauf les personnes en congé de maternité. Pour plus de détails, voir Akyeampong, 2002.

presque constante auprès de patients malades et des exigences de l'emploi. En tenant compte de la durée de l'absence, le nombre moyen de jours de travail perdus par travailleur à temps plein était beaucoup plus élevé chez les infirmières et les AAM. Les travailleuses de ce dernier groupe ont perdu plus de journées (19 en 2003) que les ID (15) et les IAD (18), et elles en ont perdu beaucoup plus que l'ensemble des travailleurs à temps plein. Ces résultats brossent un sombre tableau pour de nombreux membres des professions infirmières et laissent entendre que la perception d'une main-d'œuvre infirmière stressée peut être exacte.

Résumé

Les infirmières diplômées et les infirmières auxiliaires diplômées jouent un rôle primordial dans les soins directs aux patients canadiens. Toutefois, depuis 1987, on n'a assisté qu'à une faible augmentation du nombre d'ID et à une diminution considérable du nombre d'IAD. Cela, jumelé au vieillissement de la main-d'œuvre infirmière et à la chute du nombre d'inscriptions aux programmes de sciences infirmières, laisse croire que l'on a peut-être raison de s'inquiéter d'une pénurie imminente d'infirmières.

Les données de l'EPA appuient l'idée selon laquelle un changement est survenu dans la répartition professionnelle des personnes offrant des soins aux patients au cours des 17 dernières années, les ID et les IAD faisant place aux AAM, moins scolarisées et peu rémunérées. Par exemple, en 2003, 39 % de l'effectif affecté aux soins aux patients était des AAM, contre 21 % en 1987. Dans le domaine des soins de santé à domicile, la part relative des AAM correspondait aux deux tiers de l'effectif dispensant des soins aux patients en 2003, en hausse par rapport à 38 % en 1999.

Les infirmières continuent à jouer un rôle majeur dans le secteur des soins de santé. Il n'est pas étonnant de constater que leur taux de chômage est extrêmement faible comparativement à celui de la population active en général. Les conditions de travail des infirmières sont considérablement différentes de celles des autres travailleurs. On croit habituellement que nombre d'infirmières travaillant à temps partiel préféreraient travailler à temps plein. En fait, en 2003, elles étaient beaucoup plus susceptibles que les autres travailleurs de travailler à temps partiel (30 % des ID et 36 % des IAD). Cependant, la plupart d'entre elles le faisaient par choix, 8 ID à temps partiel sur 10 ayant déclaré avoir choisi ce régime de travail.

Notes

1 Les infirmières psychiatriques autorisées, dont la profession réglementée est distincte au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique, forment une troisième catégorie. Cette profession est toutefois regroupée avec celle des ID dans l'EPA, ce qui empêche une analyse distincte.

2 Cette catégorie est parfois appelée « infirmières auxiliaires autorisées » ou « infirmières auxiliaires accréditées ». Dans cet article, l'expression utilisée est « infirmières auxiliaires diplômées ».

3 Les estimations établies selon l'EPA à ce niveau de détail de la profession peuvent être légèrement différentes de celles provenant d'autres sources telles que le recensement ou certains dossiers administratifs, notamment la Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés, utilisée dans de nombreux rapports de l'Institut canadien d'information sur la santé. Les erreurs d'échantillonnage et celles non dues à l'échantillonnage expliquent ces écarts.

4 Le nombre d'IAD finissantes est passé de 2 600 en 1988 à 2 800 en 2000 (ICIS, 2001). Les chiffres comparables pour les ID finissantes sont de 9 200 en 1988 et de 5 100 en 1999. Malheureusement, 15 établissements d'enseignement (environ de 12 % à 15 %) n'ont pas répondu à l'enquête de l'AIIC en 1999. Par conséquent, le chiffre pour 1999 traduit un sous-dénombrement du nombre de diplômées.

5 Bien que le fait de suivre un programme de sciences infirmières à l'étranger ne signifie pas nécessairement que la diplômée est une immigrante, c'est un indicateur de migration. L'expression « diplômées étrangères » englobe les Canadiennes qui ont fréquenté une école de sciences infirmières à l'extérieur du Canada, mais qui sont revenues travailler au pays. De même, l'expression « diplômées canadiennes » comprend les étudiantes étrangères auxquelles une école de sciences infirmières du Canada a décerné un diplôme (ICIS, 2003a).

6 La reconnaissance des titres de compétences étrangers des infirmières est une question importante, mais elle est complexe et dépasse la portée du présent article.

7 En 2000, le revenu d'emploi moyen des infirmières superviseures et des ID travaillant à temps plein toute l'année s'élevait à 46 600 $. Ce revenu s'établissait à 32 600 $ dans le cas des IAD et à 27 200 $ dans celui des AAM.

8 L'expression « soins aux patients » renvoie au groupe de professions composé des ID, des IAD et des AAM.

9 Bien que les infirmières ne travaillent pas toutes dans le secteur des soins de santé, on y retrouve la vaste majorité d'entre elles. Cette section, qui se rapporte aux branches d'activité, ne porte que sur ce secteur.

10 Les séries de données selon la branche d'activité et la profession à ce niveau de désagrégation semblent présenter certains problèmes. Ceux-ci peuvent être attribuables en partie au Système de classification des industries de l'Amérique du Nord, qui a donné le coup d'envoi au codage direct en 1999. Cette section se limite donc à la période s'échelonnant de 1999 à 2003.

11 C'est-à-dire si d'autres changements n'ont pas lieu, comme une immigration accrue d'infirmières. L'immigration d'infirmières et la reconnaissance de leurs titres de compétences décernés à l'étranger constituent des enjeux importants, mais ils dépassent la portée de cet article.

12 C'est-à-dire le nombre de personnes travaillant volontairement à temps partiel divisé par le nombre de personnes travaillant à temps partiel. Le taux n'est établi qu'à partir de 1997 en raison d'un changement dans les définitions de l'EPA.

13 La taille de l'échantillon de l'EDTR ne permet malheureusement pas l'examen des personnes qui travaillaient à maintes reprises sur une base temporaire chaque année au cours de la période allant de 1999 à 2001. On examine plutôt ici les données longitudinales liées aux emplois permanents.

14 Comme la question de l'EDTR ne portait pas directement sur le stress lié au travail, les niveaux de stress déclarés ne peuvent être complètement attribués à l'emploi. Ils fournissent néanmoins une mesure globale du stress.

15 Pour des précisions sur les absences du travail, voir Akyeampong, 2002.

■ Documents consultés

AKYEAMPONG, Ernest. *Taux d'absence du travail, 1991 à 2001*, n° 71-535-MPB au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, 2002, n° 11.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO (AIIAO). *Replacement of registered nurses by less prepared providers*, RNAO and ONA Joint Statement, 1996, Internet : www.rnao.org/policy/less_prepared_providers.asp.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU CANADA (AIIAC). *Facing forward: Current and future health care trends and issues and the implications for Canada's practical nurses*, Scarborough, 1999.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (AIIC). *Le personnel de santé non réglementé assurant le soutien des soins infirmiers*, Ottawa, 1995, énoncé de politique.

BAUMANN, Andrea, et coll. *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Change Foundation, 2001.

COMITE CONSULTATIF CANADIEN SUR LES SOINS INFIRMIERS (CCCSI). *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*, Ottawa, Comité consultatif fédéral/provincial/territorial des ressources humaines en santé, 2002.

GALARNEAU, Diane. « Les professionnels de la santé », *L'emploi et le revenu en perspective*, n° 75-001-XIF au catalogue de Statistique Canada, décembre 2003, vol. 4, n° 12, édition en ligne.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Les dispensateurs de soins au Canada*, Ottawa, 2001.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2002*, Ottawa, 2003a.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés au Canada, 2002*, Ottawa, 2003b.

MARSHALL, Katherine. « Les avantages de l'emploi », *L'emploi et le revenu en perspective*, n° 75-001-XIF au catalogue de Statistique Canada, mai 2003, vol. 4, n° 5, édition en ligne.

O'BRIEN-PALLAS, Linda, Chris ALKSNIS et Sping WANG. *Envisager l'avenir : Prévoir la retraite chez les IA au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2003.

SHIELDS, Margot. « Stress, santé et bienfaits du soutien social », *Rapports sur la santé*, n° 82-003-XIF au catalogue de Statistique Canada, janvier 2004, vol. 15, n° 1, p. 9 à 41.

WILKINS, Kathryn, et Marie P. BEAUDET. « Le stress au travail et la santé », *Rapports sur la santé*, n° 82-003-XIF au catalogue de Statistique Canada, hiver 1998, vol. 10, n° 3, p. 49 à 66.

Annexe : Profil des provinces

Bien que les tendances nationales soient importantes, l'analyse de la main-d'œuvre infirmière à l'échelle provinciale s'impose puisque ce sont les politiques provinciales qui façonnent dans une grande mesure les soins de santé. Sur le plan national, le nombre d'ID a augmenté de 17 % de 1987 à 2003. En Ontario, où l'on retrouve le plus grand nombre d'ID, l'effectif a crû de 38 %, se situant à 100 100 en 2003. Même si plusieurs autres provinces ont aussi enregistré d'importantes augmentations en pourcentage, les hausses étaient plus modestes en chiffres absolus (en Alberta, en Colombie-Britannique et dans plusieurs provinces de l'Atlantique). D'autre part, le Québec a connu un fléchissement de 16 % du nombre d'ID, qui s'est établi à 62 200 en 2003.

Le tableau des IAD, dont le nombre a reculé de 36 % au cours de la période, est très différent. L'Ontario a enregistré presque les deux tiers de la baisse à l'échelle nationale (-65 %). En revanche, le nombre d'AAM a crû dans chaque province, et ce, de façon considérable au Québec et en Ontario.

Ces tendances divergentes se sont traduites par des changements dans la répartition professionnelle de l'effectif dispensant des soins aux patients. Cela est particulièrement vrai au Québec, où les ID constituaient 68 % de cet effectif en 1987 comparativement à 49 % seulement en 2003. Les IAD ont aussi vu leur nombre diminuer, ce qui s'est soldé par un virage dans la part relative des AAM, qui est passée de 15 % à 40 %. Les autres provinces affichaient également une augmentation importante de leur part relative d'AAM, généralement aux dépens des IAD.

La proportion d'ID et d'IAD (et, dans une moindre mesure, d'AAM) âgées de 50 ans et plus a considérablement grimpé. Ainsi, la Colombie-Britannique comptait une proportion importante d'ID dans ce groupe d'âge (37 % en 2003, en hausse par rapport à 15 % en 1987). Par ailleurs, les provinces de l'Atlantique affichaient un plus petit nombre d'infirmières réglementées de 50 ans et plus en 2003 ainsi qu'en 1987. Quant aux AAM non réglementées, il y avait peu de différence entre les provinces.

Les taux d'emploi à temps partiel des membres réglementés et non réglementés chargés des soins aux patients variaient d'une province à l'autre. Ce sont les IAD qui affichaient les écarts les plus importants, leur taux s'échelonnant de 17 % dans les provinces de l'Atlantique à 45 % au Québec. De même, les AAM étaient plus susceptibles de travailler à temps partiel au Québec (37 %) et en Ontario (36 %) et moins susceptibles de faire ainsi dans les provinces de l'Atlantique (23 %). Chez les ID, le taux d'emploi à temps partiel a diminué dans toutes les régions sauf au Québec, où il a légèrement augmenté, passant de 30 % en 1987 à 32 % en 2003.

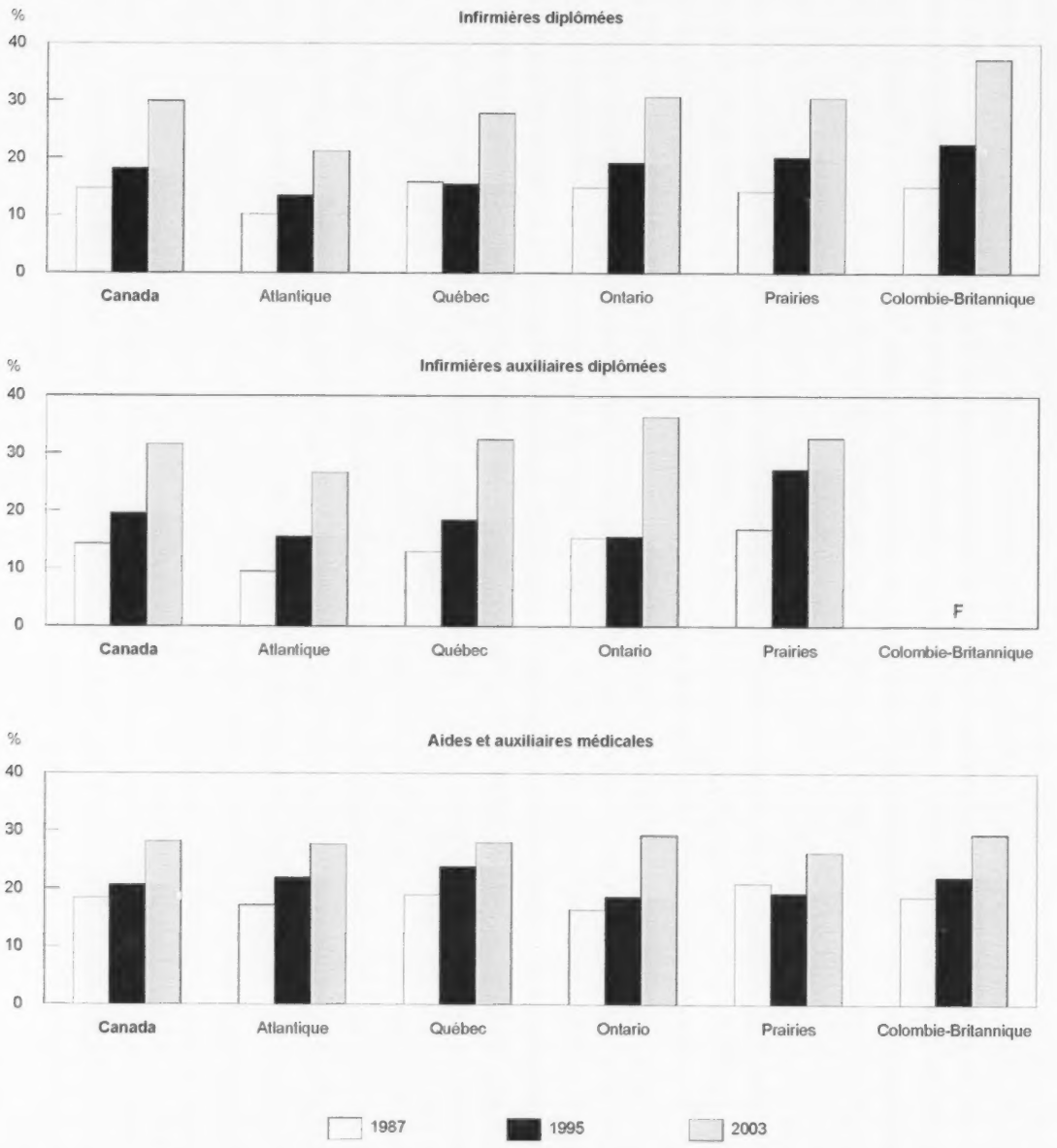
La vaste majorité des ID travaillant à temps partiel ont volontairement choisi ce régime de travail, leur taux atteignant plus de 75 % dans toutes les régions en 2003. Un plus petit nombre d'AAM ont fait ce choix dans chaque région. En effet, moins de la moitié d'entre elles travaillaient à temps partiel par choix dans toutes les régions, sauf au Québec et dans les Prairies. Il est intéressant de noter que c'est au Québec qu'est survenue la plus forte hausse du taux de travail à temps partiel volontaire dans chacune des trois professions offrant des soins aux patients.

Dans l'ensemble, les membres des professions infirmières réglementées affichaient un taux élevé de syndicalisation (83 % chez les ID et 85 % chez les IAD en 2003), mais ce taux n'était pas aussi élevé dans toutes les provinces. C'est en Ontario qu'on relevait les plus faibles taux pour les deux professions réglementées (74 % dans le cas des ID et 75 % dans celui des IAD) et un des plus bas taux pour les AAM (62 %).

Les gains horaires de la main-d'œuvre infirmière réglementée et des AAM non réglementées variaient grandement selon la province. Par exemple, les ID gagnaient davantage dans les provinces de l'Ouest (28 $ l'heure en Alberta et 29 $ en Colombie-Britannique) que dans les provinces de l'Est (24 $ dans la région de l'Atlantique). De 1997 à 2003, les augmentations des gains horaires réels des ID s'échelonnaient de seulement 2 % au Nouveau-Brunswick à 20 % à Terre-Neuve-et-Labrador, et atteignaient 19 % en Alberta. Dans chaque province, les IAD touchaient un taux horaire moins élevé que les ID. Cependant, les gains des IAD de la Colombie-Britannique étaient les mêmes que ceux des ID du Nouveau-Brunswick. Une diminution des gains horaires des IAD a été enregistrée dans plusieurs provinces au cours de la période visée, soit au Nouveau-Brunswick (-8 %), au Québec (-6 %) et en Alberta (-3 %).

La fourchette des gains horaires des AAM était étendue : les AAM de Terre-Neuve-et-Labrador touchaient 10 $ en 2003, tandis que celles de la Colombie-Britannique gagnaient presque le double (19,80 $). En fait, les AAM de la Colombie-Britannique touchaient un taux horaire plus élevé que les IAD de presque toutes les provinces (à l'exception de l'Ontario et de la Colombie-Britannique). Un fléchissement des gains des AAM a été enregistré dans certaines provinces, c'est-à-dire au Nouveau-Brunswick (-10 %) et au Québec (-5 %).

Effectif âgé de 50 ans et plus



Source : Enquête sur la population active

Emploi, part de l'emploi et emploi à temps partiel selon la province

	Infirmières diplômées			Infirmières auxiliaires diplômées			Aides et auxiliaires médicales		
	1987	1995	2003	1987	1995	2003	1987	1995	2003
Emploi (1987=100)*									
Canada	**100,0**	**108,4**	**116,6**	**100,0**	**81,5**	**63,8**	**100,0**	**144,1**	**235,7**
Provinces de l'Atlantique	100,0	131,3	131,2	100,0	91,4	102,7	100,0	114,2	184,1
Terre-Neuve-et-Labrador	100,0	173,6	185,2	100,0	81,2	62,5	F	153,7	635,7
Île-du-Prince-Édouard	100,0	128,5	145,6	100,0	96,4	90,6	100,0	74,6	97,1
Nouvelle-Écosse	100,0	137,3	125,8	100,0	96,2	114,3	100,0	107,6	174,7
Nouveau-Brunswick	100,0	106,0	109,2	100,0	104,1	172,2	100,0	122,0	135,2
Québec	100,0	93,9	83,9	100,0	90,7	77,3	100,0	174,7	307,7
Ontario	100,0	112,5	137,7	100,0	80,0	35,5	100,0	159,2	258,5
Prairies	100,0	109,7	121,4	100,0	77,5	73,4	100,0	117,1	190,9
Manitoba	100,0	109,9	96,9	100,0	94,0	61,8	100,0	107,5	176,4
Saskatchewan	100,0	100,6	112,0	100,0	79,9	55,2	100,0	121,6	172,9
Alberta	100,0	113,5	138,7	100,0	66,4	88,0	100,0	122,5	220,1
Colombie-Britannique	100,0	122,3	136,3	100,0	59,0	74,1	100,0	128,9	186,0
Part de l'emploi					%				
Canada	**58,6**	**57,3**	**51,9**	**20,4**	**15,0**	**9,9**	**21,0**	**27,6**	**38,2**
Provinces de l'Atlantique	51,1	58,6	50,2	25,8	19,6	19,2	23,1	21,8	30,6
Terre-Neuve-et-Labrador	43,1	60,1	53,0	51,5	31,9	20,3	F	8,0	26,7
Île-du-Prince-Édouard	41,7	53,7	51,5	23,3	21,9	18,1	35,0	24,3	30,4
Nouvelle-Écosse	50,8	59,0	47,8	20,4	15,9	16,7	28,8	25,1	35,5
Nouveau-Brunswick	58,7	58,0	50,5	15,8	14,6	21,7	25,5	27,4	27,7
Québec	68,1	60,9	48,7	17,2	14,9	11,5	14,7	24,3	39,8
Ontario	57,6	55,3	56,3	22,1	15,6	5,5	20,3	29,0	38,2
Prairies	50,9	53,6	47,3	21,3	15,5	11,9	27,7	30,9	40,8
Manitoba	47,0	48,2	39,8	21,7	19,7	11,5	31,3	32,1	48,7
Saskatchewan	46,3	45,4	41,8	18,0	13,4	8,2	35,7	41,2	50,1
Alberta	56,1	61,1	53,6	22,8	13,9	13,7	21,1	25,0	32,7
Colombie-Britannique	55,2	59,0	54,2	18,2	9,2	9,3	26,6	31,7	36,5
Emploi à temps partiel									
Canada	**30,6**	**33,0**	**28,9**	**32,3**	**34,4**	**29,1**	**30,6**	**31,7**	**33,6**
Provinces de l'Atlantique	27,8	30,7	20,3	17,9	22,1	17,4	22,4	26,4	22,7
Québec	30,4	37,5	32,2	44,3	46,6	44,6	42,9	35,7	37,3
Ontario	31,0	30,5	29,2	26,4	33,9	24,2	27,3	33,6	36,4
Prairies	33,7	36,6	29,8	33,8	30,9	26,9	31,0	29,7	30,5
Colombie-Britannique	28,0	26,4	26,6	36,1	F	F	24,8	24,0	27,5

Source : Enquête sur la population active, 1987 à 2003

* *Dans le cas des aides et auxiliaires médicales de Terre-Neuve-et-Labrador, 1988=100.*

Emploi à temps partiel par choix, taux de syndicalisation et taux horaire de salaire selon la province

	Infirmières diplômées		Infirmières auxiliaires diplômées		Aides et auxiliaires médicales	
	1997	2003	1997	2003	1997	2003
			%			
Emploi à temps partiel par choix						
Canada	**66,6**	**81,5**	**55,3**	**63,6**	**49,2**	**53,9**
Provinces de l'Atlantique	69,5	85,1	58,8	53,3	41,7	46,9
Québec	58,3	85,0	38,7	62,1	47,1	59,1
Ontario	62,7	76,7	54,4	F	47,6	48,5
Prairies	76,5	86,7	72,1	67,9	57,5	64,2
Colombie-Britannique	76,3	81,0	69,6	F	48,6	44,8
Taux de syndicalisation						
Canada	**81,5**	**82,7**	**82,9**	**85,2**	**66,3**	**68,8**
Provinces de l'Atlantique	84,0	88,7	82,1	84,7	48,4	51,4
Terre-Neuve-et-Labrador	93,9	89,8	95,5	95,7	F	28,1
Île-du-Prince-Édouard	90,9	85,7	66,7	80,0	57,1	50,0
Nouvelle-Écosse	76,6	86,7	74,3	75,0	50,0	68,9
Nouveau-Brunswick	85,3	90,5	80,0	83,3	57,1	42,1
Québec	89,7	89,1	92,1	91,9	76,0	70,4
Ontario	68,2	73,7	71,2	74,5	56,1	62,0
Prairies	86,9	89,0	87,0	84,6	69,0	76,3
Manitoba	89,0	91,4	84,2	96,3	74,7	82,1
Saskatchewan	90,6	88,4	90,5	93,8	80,3	82,7
Alberta	83,8	88,4	86,2	78,7	58,4	67,1
Colombie-Britannique	90,4	85,7	93,7	88,7	82,3	85,1
Taux horaire de salaire*			$			
Canada	**23,97**	**26,13**	**19,00**	**18,89**	**14,44**	**14,60**
Provinces de l'Atlantique	21,41	23,79	14,91	16,09	11,26	11,61
Terre-Neuve-et-Labrador	20,57	24,69	14,23	16,99	8,74	9,99
Île-du-Prince-Édouard	F	F	F	F	F	F
Nouvelle-Écosse	20,91	23,82	14,34	15,95	11,03	12,28
Nouveau-Brunswick	22,45	22,96	16,82	15,44	12,78	11,53
Québec	22,97	24,66	19,97	18,68	14,59	13,90
Ontario	24,78	26,34	19,37	20,67	14,61	14,71
Prairies	23,26	26,80	17,53	17,71	12,76	13,53
Manitoba	22,86	24,03	17,12	18,38	12,39	12,47
Saskatchewan	22,55	25,66	16,78	17,47	13,55	14,14
Alberta	23,76	28,24	18,00	17,48	12,61	13,93
Colombie-Britannique	26,65	29,17	22,29	23,00	18,53	19,77

Source : Enquête sur la population active, 1997 et 2003
** Dollars constants de 2003.*